



Asociación Solidarista de Empleados de La Nación
Subsidiarias y Afines
ASENACSA

PÓLIZA COLECTIVA DE VIDA

DATOS PERSONALES

Nombre del colaborador: _____ Ext: _____

Número de cédula: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono (habitación): _____ Teléfono celular: _____

Compañía: _____ Departamento: _____

Dirección exacta actual: _____

DATOS BENEFICIARIO

1. Nombre completo: _____ cédula: _____

Parentesco: _____ % a pagar: _____

2. Nombre completo: _____ cédula: _____

Parentesco: _____ % a pagar: _____

3. Nombre completo: _____ cédula: _____

Parentesco: _____ % a pagar: _____

Firma del Asociado